

пациентки осуществляют последний прием пищи в 17.00 – 18.00 накануне операции (предоперационный интервал голодания составляет более 12 часов), перед малыми гинекологическими операциями – за 3 часа до операции, при этом водный режим накануне оперативного вмешательства не ограничивается, а в день его проведения запрещается прием жидкости. Вечером накануне операции пациентке выполняется очистительная клизма.

Согласно принципам доказательной медицины дооперационное голодание существенно снижает резервы гликогена в печени и вызывает послеоперационную устойчивость к инсулину, что проявляется чувством голода, жажды, дискомфорта, утомления, а, следовательно, и стрессовой реакцией, которая затрудняет раннюю активизацию пациента. В настоящее время стандартной тактикой, рекомендованной Европейским обществом анестезиологов, считается прекращение приема твердой пищи за 6 ч, а жидкости – за 2 ч до операции. Кроме того, согласно результатам рандомизированных исследований, механическая подготовка кишечника к операции также не считается обоснованной [3].

Всем пациенткам УЗ «ВГКРД №2» перед операцией с целью предотвращения развития гнойно-воспалительных осложнений в предоперационном периоде проводится антибиотикопрофилактика. Так, за 1 час до хирургического вмешательства, проводимого лапаротомным или влагалищным доступами, внутривенно капельно вводятся 200 мл 0,2% ципрофлоксацина и 100 мл 0,5% метрагила, перед лапароскопическими и малыми гинекологическими операциями – внутривенно капельно вводится 2 мл цефотаксима. Данный подход к антибиотикопрофилактике соответствует программе «Fast-track», которая подразумевает использование комбинаций на основе фторхинолонов и метронидазола [1].

Выводы. Предоперационное ведение пациенток в УЗ «ВГКРД №2» практически соответствует основным принципам «Fast-track - хирургии». Пересмотра требуют вопросы питания и механической подготовки кишечника перед оперативным вмешательством в соответствии с новыми достижениями науки и практики.

Литература:

1. К вопросу об энтеральном питании у больных с аппендикулярным перитонитом / У. И. Баснаев [и др.] // Тавр. мед.-биол. вестн. – 2019. – Т. 22, № 1. – С. 7–13.
2. Торубаров, С.Ф. Fast track в гинекологии : реалии сегодняшнего дня / С.Ф. Торубаров, А.О. Духин, Е.Н. Чмыр // Акушерство и гинекология. – 2019. – № 10. – С. 60–65.
3. Гольбрайх, В.А. Алгоритмы программы «фаст трак» в плановой и экстренной абдоминальной хирургии / В.А. Гольбрайх, С.С. Маскин, А.Г. Арутюнян // Вестн. ВолгГМУ. – 2019. – №3 (71). – С. 3–8.

УДК 618:616-089-003.9

FAST TRACK ХИРУРГИЯ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: ИНТРА- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОДЫ

Кучинская А.А.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Более 20 лет ряд ученых, главным образом анестезиологов-реаниматологов и патофизиологов изучают патогенез послеоперационной заболеваемости. Плоды их работы нашли отражение в концепции «fast-track surgery», также известной как «улучшенное восстановление после операции» или «мультимодальная реабилитация после операции». Программа «Fast-track» основана на принципах доказательной медицины и подразумевает минимизацию стрессового воздействия на организм пациента в течение всего периоперационного лечения, что в свою очередь положительно влияет на реабилитационный процесс [1-5].

Цель работы. Проанализировать соответствие интра- и послеоперационного ведения пациенток в гинекологическом отделении УЗ «ВГКРД №2» основным принципам программы «Fast-track».

Материал и методы. Для достижения поставленной цели нами проведен ретроспективный анализ 103 историй болезни пациенток, прооперированных в УЗ «Витебский городской клинический родильный дом №2» в сентябре 2020 года. Было проанализировано соответствие программе «Fast-track» по следующим направлениям:

- интраоперационная нормотермия и насыщенность кислородом, вид и длительность анестезии, хирургический доступ, использование дренажных систем;
- ранняя мобилизация, послеоперационное обезболивание, использование назогастрального зонда, время удаления мочевого катетера, использование прокинетиков и энтерального питания.

Результаты и обсуждение. В анализируемый период было выполнено 103 хирургических вмешательства, в том числе 77 (74,8 %) операций влагалищным доступом, включая 65 (84,4%) малых и 12 (15,6%) больших хирургических вмешательств, 10 (9,7 %) – лапароскопическим и 16 (15,5 %) – лапаротомным доступами. Таким образом, статистически значимо чаще в УЗ «ВГКРД №2» выполнялись оперативные вмешательства, которые отличаются относительно небольшой продолжительностью и объемом (гистероскопические, лапароскопические, гистерорезектоскопические), что соответствует концепции «Fast-track», которая подразумевает минимизацию оперативного доступа и введение понятия «Хирургия одного дня» ($p < 0,00001$). При проведении оперативных вмешательств ни в одном из случаев дренаж не использовался.

В ходе оперативного лечения средняя температура тела пациентов составила $36,6 \pm 0,2^{\circ}\text{C}$, насыщение крови кислородом – $98,2 \pm 0,8\%$. Эти показатели достигались соблюдением температурного режима воздуха в операционной и использованием теплых растворов для инфузии [1].

Во время малых гинекологических операций, выполняемых влагалищным доступом, во всех случаях использовался внутривенный наркоз, длительность которого составила 20 минут. Операции, выполняемые влагалищным доступом, проводились под спинномозговой анестезией (СМА), медианная длительность которой составила 90 (75; 100) минут. При проведении лапароскопических операций во всех случаях использовался эндотрахеальный наркоз (ЭТН), в том числе на фоне нейролептоаналгезии (НЛА) у 5 (50%) женщин. Медианная длительность лапароскопических операций составила 44 (30; 63,8) минуты. При операциях, выполняемых лапаротомным доступом, в 1 (6,3%) случае использовался ЭТН на фоне НЛА, в 15 (93,7%) случаях – СМА, в том числе в 13 (81,3%) случаях на фоне ЭТН. Медианная длительность лапаротомных операций составила 98,4 (67,5; 108,8) минуты. Стандартом анестезии, согласно концепции «Fast-track», является регионарная анестезия, которая продолжается в послеоперационном периоде в комплексе с нестероидными противовоспалительными средствами, что входит в понятие мультимодального подхода к обезболиванию [2, 3].

Ранняя активация, целью которой является стимулирование кровотока в оперированном органе и, как следствие, улучшение его трофики и условий для функциональной реабилитации, возможна только при эффективном обезболивании [4, 5]. Во всех анализируемых случаях осуществлялась ранняя послеоперационная активация (на первые сутки после операции) на фоне обезбоживания внутримышечным введением раствора диклофенака с целью ускоренного восстановления. Во всех анализируемых случаях удаление мочевого катетера осуществлялось на первые сутки после хирургического вмешательства, не использовались назогастральный зонд и энтеральное питание.

Выводы. Ведение интра- и послеоперационного периодов у прооперированных пациенток в УЗ «ВГКРД №2» соответствует принципам «Fast-track - хирургии».

Литература:

1. Мусаев, Т.Н. Периоперационное ведение и проблемы безопасности пациентов, перенесших радикальную цистэктомия / Т.Н. Мусаев, З.Ш. Везирова // Онкол. журн. – 2019. – Т. 13, №1 (49). – С. 34–40.
2. Фаст-трэк хирургия и фармакогенетика в неотложной абдоминальной хирургии – настоящее и будущее / А.А. Мурадян [и др.] // Вестн. хирург. гастроэнтерологии. – 2019. – №1. – С. 3–11.

3. Рязанова, О.В. Сравнительная оценка эффективности различных вариантов обезболивания после операции кесарева сечения / О.В. Рязанова, Ю.С. Александрович, Ю.Н. Горохова // Вестн. анестезиологии и реаниматологии. – 2019. – Т. 16, №6. – С. 54–59.
4. Торубаров, С.Ф. Fast track в гинекологии : реалии сегодняшнего дня / С.Ф. Торубаров, А.О. Духин, Е.Н. Чмыр // Акушерство и гинекология. – 2019. – № 10. – С. 60–65.
5. Гольбрайх, В.А. Алгоритмы программы «фаст трак» в плановой и экстренной абдоминальной хирургии / В.А. Гольбрайх, С.С. Маскин, А.Г. Арутюнян // Вестн. ВолгГМУ. – 2019. – №3 (71). – С. 3–8.

УДК 618.2:578.834.1

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ У ЖЕНЩИН С КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ SARS-CoV-2

Леонович Е.Г.,¹ Харленок В.И.,² Рослик Л.А.,¹ Ваишевская Е.В.¹

¹УЗ «Витебский областной клинический родильный дом»

²УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. В настоящее время имеется очень мало сведений о влиянии коронавирусной инфекции SARS-CoV-2 на беременных женщин и детей грудного возраста. Имеющиеся в литературе данные не свидетельствуют о более тяжелом течении COVID-19 у беременных женщин по сравнению с общей популяцией взрослых людей.

Цель. Изучить течение беременности и родов у женщин с подтвержденной коронавирусной инфекцией SARS-CoV-2 госпитализированных в УЗ «Витебский областной клинический родильный дом».

Материал и методы. Ретроспективный анализ течения беременности, родов у 114 беременных госпитализированных в УЗ «ВОКРД» с апреля по август 2020 года. Статистический анализ данных при помощи программы «Microsoft Excel 10», оценка достоверности по t-критерию Стьюдента.

Результаты и обсуждение. В процессе ретроспективного анализа 114 беременных были разделены на три группы: 1 группа – 12 (20,3%) пациентов со средне-тяжелым течением COVID-19 инфекции; 2 группа – 47 (79,7%) женщин с легким /бессимптомным течением и 3 группа – 55 контактов 1 уровня.

Жительницами г. Витебска и городов Витебской области были 89% женщин и 11% из сельской местности. Госпитализированы экстренно в связи с предвестниками родов, начавшейся родовой деятельностью, угрожающими преждевременными родами 27 % пациенток. В 54,5% случаев женщины с подтвержденной COVID-19 инфекцией были в возрасте старше 30 лет.

Все пациенты со средне-тяжелым течением коронавирусной инфекции SARS-CoV-2 предъявляли жалобы на сухой кашель, затруднение при глубоком вдохе и дыхании, повышение температуры тела до 37,5-38,0, потерю обоняния и вкуса, першение и боли в горле, заложенность носа. У всех была диагностирована острая двухсторонняя интерстициальная пневмония, ДН0-1. Случаев тяжелого и крайне тяжелого течения COVID-19 инфекции с острой дыхательной недостаточностью не было. Средне-тяжелое течение коронавирусной инфекции отмечено у беременных в сроке 30-36 недель в 91,7%.

COVID-19 инфекция протекала в легкой форме у 47 (79,7%) беременных, в 80,85% случаев в сроке 37-41 неделя и лишь в 19,85% в сроке 30-36 недель. Для этих пациенток характерно наличие положительного результата ПЦР, 11% из них предъявляли жалобы на першение в горле, редкий сухой кашель, у 44% при отсутствии жалоб отмечалась гиперемия зева.

У беременных с COVID-19 инфекцией экстрагенитальная патология встречалась у 37 (62,7%) женщин, наиболее часто в обеих группах заболевания щитовидной железы – у 11 (18,6%) и малые аномалии сердца у 9 (15,3%).